

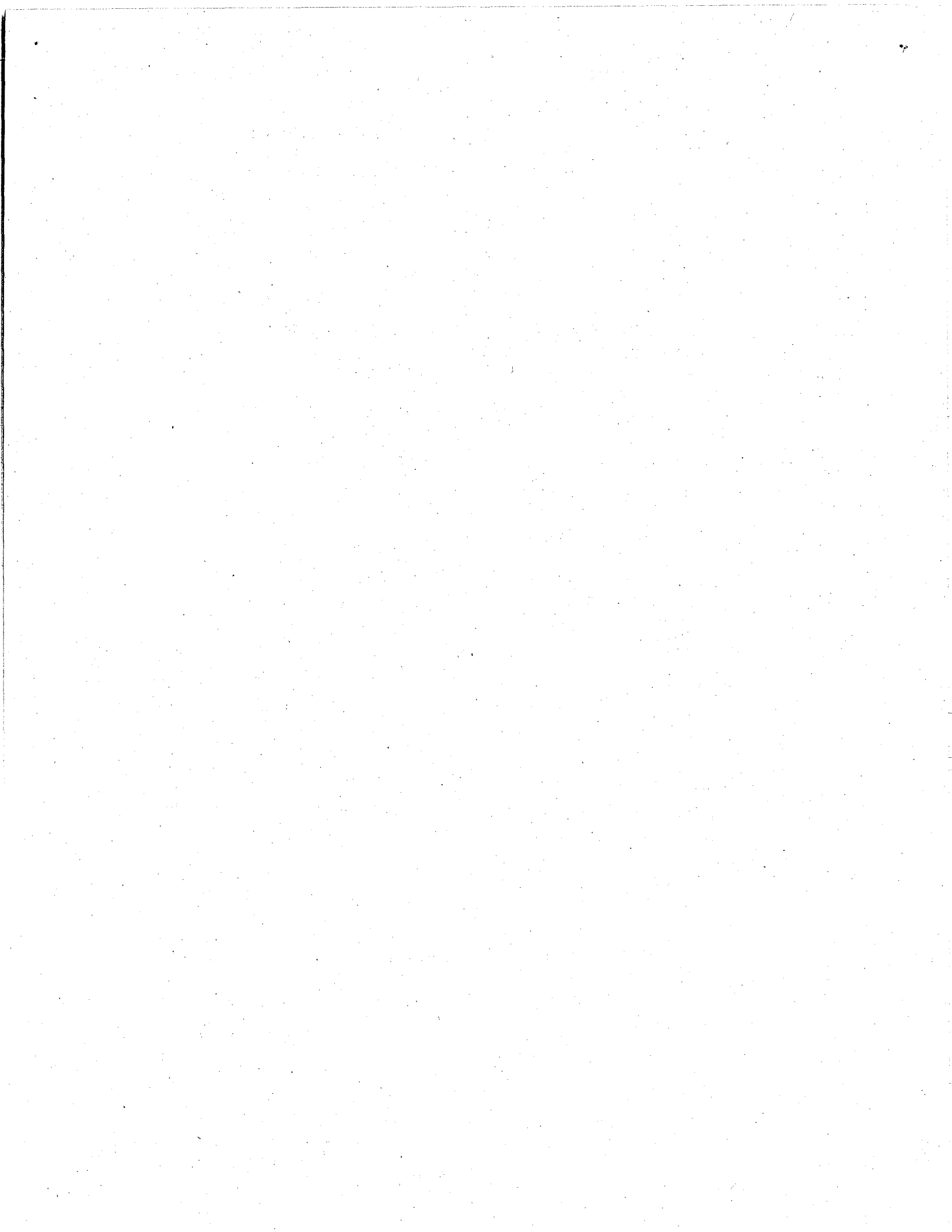


.....  
: Mémoire concernant le *Projet de loi N° 33*

***Loi sur l'assurance médicaments et  
modifiant diverses dispositions  
légales***

.....  
présenté à la Commission parlementaire des  
Affaires sociales le 5 juin 1996

APES # 16  
14/6/96



# Table des matières

<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>POUVOIRS RÉGLEMENTAIRES</b>	<b>3</b>
<b>FACTURATION PAR L'ÉTABLISSEMENT</b>	<b>4</b>
RÉPONSE À LA CONTINUITÉ DES SOINS PHARMACEUTIQUES ET À UN ACCÈS ÉQUITABLE AUX MÉDICAMENTS ?	4
SOINS ET SERVICES PHARMACEUTIQUES À OFFRIR DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	5
DÉTERMINATION DU «PANIER DE SERVICES»	7
LISTE DES MÉDICAMENTS	7
DÉTERMINATION DU COÛT DES SOINS ET SERVICES PHARMACEUTIQUES	8
MODE DE REMBOURSEMENT DES MÉDICAMENTS ET SERVICES PHARMACEUTIQUES AUX ÉTABLISSEMENTS	9
<b>RUM EN MILIEU AMBULATOIRE</b>	<b>10</b>
MESURE DE LA QUALITÉ VERSUS MESURES DE CONTRÔLE	10
ABSENCE DE CONTINUITÉ	11
PRÉSENCE D'UN COMITÉ SCIENTIFIQUE INDÉPENDANT	12
<b>L'ÉQUITÉ ET L'ACCESSIBILITÉ</b>	<b>14</b>
CONTRIBUTION DU CITOYEN	14
FRANCHISE ET SOMME MAXIMALE	15
<b>POLITIQUE GLOBALE</b>	<b>16</b>
RÔLE CENTRAL DES C.L.S.C.	16
NIVEAU DE RESPONSABILITÉ DU CITOYEN	16
<b>CONCLUSION</b>	<b>17</b>

# Introduction

L'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (A.P.E.S.), tient à remercier le ministre de la Santé et des Services sociaux ainsi que les membres de la Commission des affaires sociales pour leur invitation à participer à cette consultation sur le Projet de loi n° 33 visant à doter les citoyens du Québec d'une couverture minimale face aux problèmes d'accessibilité aux soins pharmaceutiques et aux médicaments.

L'A.P.E.S. représente plus de 1 000 pharmaciens oeuvrant dans les différents établissements de santé du Québec (centres hospitaliers, centres d'hébergement et de soins de longue durée et centres locaux de services communautaires) et a toujours eu pour objectif de faciliter la prestation de soins pharmaceutiques de qualité aux québécois en promouvant une pratique de la pharmacie à la fine pointe des développements technologiques et professionnels.

L'hôpital est certes l'établissement qui symbolise le mieux, aux yeux du citoyen, l'accessibilité sans barrière aux soins médicaux et pharmaceutiques et aux hautes technologies. Il n'est donc pas surprenant que les plus démunis de notre société frappent à notre porte lorsqu'un traitement pharmacologique ne leur est pas accessible, généralement en raison de problèmes économiques.

Notre association est préoccupée depuis longtemps par l'iniquité qui prévaut dans les régimes actuels : régimes dont les critères d'admissibilité sont notamment établis selon l'âge, le type de pathologie et le lieu de prestation des soins et services pharmaceutiques. Ces critères ont entraîné et entraînent toujours des conséquences néfastes sur l'accessibilité aux médicaments et aux soins pharmaceutiques.

L'avènement d'un régime général d'assurance médicaments représente une mesure visant à rétablir une forme d'équité pour la clientèle visée par la circulaire «Malades sur pied» et les autres clientèles injustement oubliées. Il s'agit pour notre association du dénouement de nombreuses représentations effectuées depuis le début des années 1980.

Nous reconnaissons les qualités du régime proposé puisqu'il semble permettre de solutionner plusieurs des problèmes rencontrés en pratique tout en tenant compte des difficultés économiques actuelles.

Par ailleurs, en faisant bénéficier les malades de l'expertise, des immobilisations et de la technologie présente dans la plupart des départements de pharmacie des établissements de santé du Québec, il devient ainsi possible de garantir l'accès aux soins spécialisés, offerts sur une base externe, et de faciliter le virage ambulatoire afin qu'il soit négocié efficacement.

# Pouvoirs réglementaires

Nous constatons dans le projet de loi, une certaine absence de balises visant à circonscrire la portée des règlements d'application qui sous-tendront la couverture des services et les modalités d'accès aux médicaments. Ces modalités et conditions sont fondamentales. Elles conditionnent non seulement l'acceptabilité du projet par la population mais également le niveau de contribution et d'accès présent et futur des citoyens au régime général d'assurance médicaments.

Notre association croit que le projet de loi doit explicitement prévoir des paramètres transparents d'élaboration des règlements qui garantiront aux usagers de notre système de santé un accès et un niveau de contribution raisonnable aux soins et services pharmaceutiques.

Nous reprendrons au cours de ce mémoire les éléments du programme pour lesquels nous croyons que des précisions bonifieraient avantageusement la présente proposition.

# Facturation par l'établissement

## Réponse à la continuité des soins pharmaceutiques et à un accès équitable aux médicaments ?

L'A.P.E.S. soutient depuis de nombreuses années que certaines clientèles qui ont besoin de soins pharmaceutiques généraux, et qui sont actuellement desservies par les établissements publics sur une base externe, doivent être transférées aux pharmaciens de pratique privée. Ce faisant, nous nous assurons d'un point de service adapté aux besoins des usagers et nous évitons de morceler le dossier pharmaceutique. Cependant, une certaine partie de la clientèle nécessite des soins médicaux et pharmaceutiques ambulatoires spécialisés et requiert que l'équipe interdisciplinaire de l'établissement prenne en charge une partie ou la totalité de la prestation des soins. Cette réalité est d'ailleurs accentuée par la reconfiguration du réseau où on compte sur une augmentation de la prestation de soins ambulatoires qu'ils soient médicaux ou pharmaceutiques afin de pouvoir offrir à la population québécoise des soins de qualité à meilleur coût.

Dans ce contexte, l'intention du gouvernement d'assurer certains médicaments et services pharmaceutiques fournis par les établissements s'avérerait nécessaire et constitue une décision judicieuse.

L'A.P.E.S. accueille donc avec satisfaction la possibilité de facturer les soins et services rendus par les établissements. En effet, le projet de loi, par les garanties qu'il propose à l'article 8, ouvre la porte à la facturation des médicaments et des services pharmaceutiques par les établissements publics, aux cas, conditions et pour les personnes déterminées par un règlement du gouvernement.

Toute facturation par les établissements pour des services, des soins ou des médicaments en dehors du cadre précédemment décrit pourrait être assimilée à de la facturation pour des services hospitaliers au sens de la *Loi canadienne sur la Santé*.

*L'A.P.E.S. recommande au ministre que soit revu le libellé du troisième alinéa pour être plus restrictif, puisque l'ensemble des soins et services pharmaceutiques fournis dans le cadre des activités d'un établissement ne peuvent, à notre avis, être soumis au projet d'assurance médicaments, particulièrement dans le cas des clients admis ou hébergés. Cette recommandation est en accord avec celle du rapport Castonguay.*

## **Soins et services pharmaceutiques à offrir dans les établissements de santé**

Nous suggérons que les cas, conditions et catégories de personnes pour lesquelles le coût des médicaments et des services pharmaceutiques seront remboursés aux établissements soient déterminés en tenant compte du fait que les départements et services de pharmacie ont développé au fil des ans des expertises reconnues et exclusives et ont acquis les immobilisations nécessaires au maintien de nombreux programmes de soins pharmaceutiques ambulatoires. Qui plus est, les soins pharmaceutiques spécialisés offerts par les établissements de santé sont, pour la majorité des citoyens, largement accessibles d'un point de vue géographique ou en termes d'heures d'accès.

Les programmes de soins pharmaceutiques spécialisés auxquels nous pensons plus particulièrement ici sont ceux de l'oncologie, de l'antibiothérapie, du traitement du diabète (centre de jour), du traitement du SIDA, des préparations parentérales dont la nutrition parentérale totale, de la néphrologie et de l'hémodialyse (suivi complexe de la pharmacothérapie), du traitement parentéral de la douleur et des soins palliatifs, de la psychiatrie (suivi de certaines pharmacothérapies complexes) et de l'hématologie (suivi de la prise d'anticoagulants).

D'ailleurs, près de 20 % de nos membres participent à des regroupements d'affinités (oncologie, soins palliatifs, psychiatrie, gériatrie, ...) formés par notre association pour maximiser et diffuser l'expertise dans plusieurs de ces domaines. Ces regroupements que nous appelons S.P.O.C. (Spécialité professionnelle ou clinique) jouissent d'une reconnaissance nationale et internationale. Les pharmaciens impliqués dans ces secteurs de pratique rendent déjà à la population des services pharmaceutiques, distincts de la



préparation ou de la vente de médicaments, qui visent une utilisation efficace, efficiente et sécuritaire des médicaments.

*L'A.P.E.S. recommande donc que seuls les cas, conditions et catégories de personnes susceptibles de nécessiter des médicaments et des services pharmaceutiques spécialisés ou requérant les expertises, les immobilisations, le plateau technologique ou l'équipe interdisciplinaire d'un établissement soient prévus à l'article 8 du projet de loi.*

Il est toutefois important de mentionner l'inquiétude de l'Association à l'effet que l'exercice du pouvoir réglementaire puisse conduire au maintien des effets pervers produits actuellement par la circulaire «Malades sur pied». Le fait d'édicter par règlement une liste trop limitative de catégorie de personnes, de cas ou de conditions, pourrait, pour toutes sortes de raisons, mais surtout face à l'évolution rapide des technologies en matière de pharmacothérapie, limiter à nouveau l'accessibilité de soins et services pharmaceutiques pour certains malades. Afin d'éviter que des patients se retrouvent entre deux programmes ou modes de prestation de services :

*L'A.P.E.S. recommande au ministre de prévoir dans la loi la création d'un comité de surveillance du programme réunissant des représentants du ministère, du Conseil consultatif de pharmacologie, des associations d'établissements, des assureurs, ainsi que des représentants des cliniciens dont les noms seraient suggérés par l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires et l'Association des pharmaciens des établissements de santé afin de recommander au ministre les ajustements qui seront inévitablement nécessaires au fil des années en raison de l'évolution de la pharmacothérapie et des modes de prestation des soins et services pharmaceutiques. Ce comité aurait également autorité pour résoudre les problèmes ponctuels d'application du programme d'assurance médicaments. Cette solution aurait pour avantage une souplesse que la méthode réglementaire n'a pas et évitera au citoyen des préjudices liés à la lenteur du processus législatif.*

## **Détermination du «panier de services»**

Le premier alinéa de l'article 8 prévoit que :

**« Les garanties du régime général couvrent le coût de la rémunération de services déterminés par règlement du gouvernement qui sont requis d'un point de vue pharmaceutique...».**

Pour la portion des services offerts dans les établissements de santé, l'A.P.E.S. souhaite pouvoir partager son expertise et exprimer son avis sur les soins et services pharmaceutiques qui devraient être offerts aux citoyens et qui seront prévus au règlement.

Le panier de services fera foi de l'efficacité du programme québécois d'assurance médicaments à fournir aux citoyens québécois une pharmacothérapie optimale et continue. Il témoignera également de sa capacité à fournir le support requis par les citoyens afin qu'ils utilisent à bon escient leurs médicaments. L'A.P.E.S. a toujours soutenu que l'amélioration de la qualité de l'utilisation des médicaments, doit être un objectif prioritaire pour le gouvernement, les professionnels de la santé ainsi que pour les usagers. Une utilisation optimale des médicaments, en plus de maximiser les probabilités d'obtenir les bénéfices escomptés chez le malade, est de nature à juguler efficacement la croissance des coûts directs et indirects reliés à leur utilisation.

## **Liste des médicaments**

Le second alinéa de l'article 8 précise :

**«Les garanties couvrent aussi le coût des médicaments fournis par un pharmacien sur ordonnance d'un médecin, d'un résident en médecine ou d'un dentiste et qui sont inscrits à la liste des médicaments dressée par le ministre...»**

Selon cet article, seuls les médicaments sur ordonnance d'un médecin, dentiste ou résident, inscrits sur la liste seront remboursés par le régime général. De plus, l'article

58 du projet maintient la notion de médicament d'exception. Ces articles pourront poser des problèmes d'application dans les établissements. Certains médicaments non inscrits sur la liste actuelle ou encore des médicaments inscrits pour des cas et conditions particulières sont utilisés régulièrement dans le cadre des activités d'un établissement de santé et ce, que les usagers soient admis ou inscrits dans des programmes de soins ambulatoires ou de soins à domicile. L'utilisation d'agents de chimiothérapie dans ce contexte illustrent fort bien ce point. Puisque les établissements seront les points de service les plus susceptibles d'être confrontés à ces situations dites exceptionnelles, nous nous inquiétons de la lourdeur et de la lenteur que pourrait revêtir une démarche de pré approbation auprès d'un tiers payant.

*L'A.P.E.S. recommande qu'aux fins d'application par les établissements, pour des cas et circonstances assimilables aux médicaments d'exception, que l'article 116 de la Loi sur les Services de santé et les Services sociaux s'applique intégralement et qu'en conséquence le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens se porte garant du processus et en avise secondairement le Conseil consultatif de pharmacologie. Cette démarche fournira une souplesse d'application supplémentaire et garantira un mécanisme de contrôle adéquat et en plus un mécanisme de rétroaction permettant au Conseil consultatif de pharmacologie une mise à jour de la liste à partir de l'évolution des situations cliniques vécues sur le terrain.*

## **Détermination du coût des soins et services pharmaceutiques**

Par ailleurs, l'A.P.E.S. s'étonne de constater que le ministre souhaite permettre aux établissements de facturer sans prévoir *de facto* un mécanisme formel de consultation des établissements et surtout des pharmaciens d'établissements dans la détermination du coût des services et des médicaments requis. Une telle situation doit être corrigée de façon à ce que les services requis par les citoyens soient adéquatement financés, à défaut de quoi ils ne seront pas rendus ou alors serviront à financer d'autres activités au sein de l'établissement : alors, à la fois le citoyen payeur et le citoyen usager se verront alors pénalisés. La polémique reliée au sous financement de la circulaire «Malades sur pied» a trop longtemps obligé les établissements à choisir entre le bien-être des malades ambulatoires et le «bien-être budgétaire» de l'établissement. Notre association milite depuis longtemps afin d'assurer un accès raisonnable aux médicaments et une continuité aux soins pharmaceutiques pour la population québécoise et nous souhaitons vivement

que tout soit fait pour éviter qu'une situation analogue à celle vécue avec la circulaire «Malades sur pied» ne se reproduise.

## **Mode de remboursement des médicaments et services pharmaceutiques aux établissements**

Il apparaît que le mode de remboursement actuellement en vigueur en pratique privée devra être revu et considérablement ajusté pour pouvoir s'appliquer aux établissements de santé. Les règles qui s'appliqueront au remboursement du coût des médicaments devront permettre un remboursement équitable et intégral du prix du médicament par rapport aux autres systèmes de remboursement dans le secteur privé. Il faut également examiner de près le mode de remboursement des services fournis dans les établissements de santé. Dans ce domaine, la rémunération à l'acte ne respecte pas, selon nous, les besoins des malades, les modes de fonctionnement des équipes de soins en place et le mode actuel de rémunération des pharmaciens d'établissement.

*L'A.P.E.S. recommande qu'un mode de remboursement des services pharmaceutiques aux établissements de santé apparenté à la vacation soit sérieusement envisagé.*

# RUM en milieu ambulatoire

L'initiative de rendre accessible les médicaments aux usagers de notre système de santé est excellente, l'initiative de rendre accessible une thérapie optimale est encore meilleure. L'A.P.E.S. constate donc avec satisfaction qu'après l'implantation, par les pharmaciens d'établissement, de programmes de revue d'utilisation des médicaments (RUM) dans les hôpitaux, le ministre songe maintenant à étendre le programme en milieu ambulatoire.

## Mesure de la qualité versus mesures de contrôle

Il est clair pour notre association qu'il existe une certaine confusion sur la nature et la portée d'un programme de RUM dans l'esprit de bien des groupes. Cette confusion provient probablement des études américaines qui ont relaté nombre d'expériences de ce qui était convenu d'appeler RUM ambulatoire, mais qui n'étaient que des mesures de contrôle prises par des agents payeurs ou encore le renforcement des obligations légales (loi OBRA) du pharmacien à réaliser le suivi de la thérapie de ces clients ; ce que le pharmacien québécois réalise déjà.

Les notions théoriques et l'expérience acquise en milieu hospitalier démontrent qu'un programme de revue d'utilisation des médicaments (RUM) doit être basé sur un processus de révision par les pairs pour être efficace. Il ne doit en aucun cas s'agir d'un processus administratif ou disciplinaire qui cible un ou un groupe restreint d'individu. Un programme de RUM vise essentiellement à identifier des problèmes au niveau du processus d'utilisation des médicaments et à agir sur les causes des problèmes, qui peuvent être structurelles, organisationnelles ou découler d'un manque de connaissances ou de circulation de l'information, afin de corriger la situation.

Le cinquième alinéa de l'article 70 prévoit la possibilité pour le comité de RUM de demander à la Régie de l'Assurance-maladie du Québec et aux corporations de transmettre aux professionnels de l'information concernant leur profil de prescription ou de fourniture des médicaments. Nous doutons qu'un agent payeur ou une corporation professionnelle, responsable de sanctionner les écarts disciplinaires de ses membres, puissent être perçus comme des «pairs» par les professionnels. Il est clair qu'en l'absence d'une telle perception un programme de RUM, fondé sur une approche

non coercitive, est voué à l'échec. On ne pourra plus alors compter sur la collaboration des cliniciens qui est essentielle au maintien de tels programmes. Cela pourrait également ébranler sérieusement la crédibilité des RUM actuellement réalisées en milieu hospitalier. L'objectif de tels programmes n'est pas d'identifier les problèmes individuels de compétence ou de discipline en matière d'utilisation des médicaments.

*L'A.P.E.S. ne s'oppose cependant pas et même favorise la transmission de profils individuels d'utilisation des médicaments aux professionnels concernés. Il s'agit d'une mesure de contrôle, mais non de l'évaluation de la qualité, éprouvée dans plusieurs autres pays et qui a donné certains résultats. Toutefois, l'A.P.E.S. recommande que cette activité ne soit pas réalisée dans le cadre du programme de RUM.*

### **Absence de continuité**

L'A.P.E.S. se questionne sur la pertinence de dédoubler la structure déjà existante, le Réseau de revue d'utilisation des médicaments (RRUM). En effet, le ministère de la Santé et des Services sociaux subventionne déjà le RRUM. Bien que son action soit actuellement confinée au réseau des établissements de santé, il nous semble que des modifications mineures au niveau structurel, administratif et budgétaire pourraient permettre d'étendre son mandat. À l'heure où un des objectifs du gouvernement est de réaliser des économies, il nous semble inopportun de multiplier les structures coûteuses et de créer, parallèlement au RRUM, un second programme en milieu ambulatoire. À l'heure également, où le réseau communautaire et le réseau public doivent et comptent s'unir pour assurer la continuité des soins, le geste de créer deux réseaux de RUM, avec le risque réel qu'on crée encore deux solitudes, envoie, de la part du gouvernement, un message on ne peut plus douteux aux acteurs de la reconfiguration du réseau. L'avantage évident d'une structure unifiée est d'assurer la continuité des processus mis en place permettant une évaluation globale de l'utilisation du médicament, en établissement comme en milieu ambulatoire.

*L'A.P.E.S. recommande donc que les mandats, fonctions et structure organisationnelle du RRUM en milieu hospitalier soient modifiés afin de permettre la réalisation de RUM ambulatoire.*

*À défaut d'unifier les deux structures, l'A.P.E.S. recommande qu'un membre du comité de RUM, prévu à la loi, devrait être un pharmacien d'établissement nommé à partir d'une liste de trois pharmaciens identifiée par l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (A.P.E.S.).*

Cette recommandation est d'autant plus pertinente à nos yeux que les établissements auront la possibilité de rendre des soins et services pharmaceutiques via le nouveau régime général d'assurance médicaments. Dans ce contexte, plusieurs médicaments principalement utilisés en milieu hospitalier, pourraient, et auraient selon nous une grande probabilité d'être ciblés pour étude, compte tenu de leur index thérapeutique faible et de leur coût élevé.

### **Présence d'un comité scientifique indépendant**

Une lacune importante au niveau du programme de revue d'utilisation des médicaments tel que proposé au projet de loi nous semble être l'absence d'un comité scientifique. Compte tenu de l'expérience acquise par le Réseau de revue d'utilisation des médicaments, il appert que la présence d'un comité directeur tel que celui proposé par le projet de loi et d'un comité scientifique distinct, dont les membres ne sont pas sensibles aux pressions corporatistes des organismes qui ont proposé leur nomination, pourrait s'avérer être un élément positif quant à la perception de la validité scientifique du programme par les professionnels.

*L'A.P.E.S. recommande au ministre de constituer un comité scientifique distinct du comité de RUM et de le prévoir au projet de loi.*

Par ailleurs, au quatrième alinéa de l'article 70, on note que le comité de RUM peut utiliser les banques de données de la Régie afin de réaliser les études de RUM. L'A.P.E.S. se questionne à savoir si dorénavant cette banque reflétera également les données d'utilisation des médicaments de l'ensemble de la population ou seulement de la tranche de la population assurée par la RAMQ. Cette dernière hypothèse nous inquiète. En effet, d'un point de vue de la qualité des données, cette situation pourrait mener à une fausse interprétation ou du moins à une interprétation partielle des profils d'utilisation. Des catégories de la population pourraient être cataloguées comme étant

de mauvais utilisateurs de médicaments en l'absence d'un groupe de comparaison. La constitution d'une banque de données centrale nous apparaît donc comme étant nécessaire à l'instauration d'un programme de RUM.

Toutefois, dans ce domaine, nous formulons trois mises en garde :

- la constitution d'une banque centrale doit permettre de préserver la confidentialité des données lors de son utilisation ;
- l'analyse des données du fichier central dans le cadre des activités de revue d'utilisation des médicaments doit conduire à des rapports contenant des informations non nominatives. On doit, en effet juguler la tentation de mettre en place un mécanisme de contrôle de la consommation individuelle de médicaments des patients via un programme de RUM. Il s'agirait d'une action contraire à la philosophie généralement reconnue d'un programme de RUM ;
- on doit se prémunir contre l'utilisation non appropriée des informations de cette banque.

*L'A.P.E.S. recommande donc d'ajouter un alinéa à l'article 70 afin d'obliger le comité de RUM à se doter d'un code d'éthique sur la transmission et l'utilisation de l'information du fichier central et de voir à le faire respecter.*



# L'équité et l'accessibilité

## Contribution du citoyen

Nous ne sommes ni actuaire, ni assureur, mais nous nous expliquons mal pourquoi le montant de la prime ou de la cotisation est fixée selon des modalités qui diffèrent selon qu'il s'agit de la couverture assumée par la Régie ou de la couverture assumée par le secteur privé (article 12). La participation financière doit être une mesure nécessaire et équitable dans le cadre de ce programme. Cependant, une hausse imprévue des coûts, plus particulièrement dans le cas d'une assurance collective, ne devrait pas entraîner de déboursés excessifs pouvant limiter l'accessibilité aux médicaments et aux services pharmaceutiques pour un groupe donné.

Le libellé de l'article 43 du projet de loi stipule que la cotisation afférente aux garanties du régime général continuera d'être négociée ou agréée entre les parties telle qu'elle l'est présentement. Notre association craint, malgré le projet de mutualisation des risques, que certains petits groupes d'assurés ayant à supporter des malades à très haut risque voient leur prime ou les frais administratifs augmenter de façon importante et ainsi nuire à l'accessibilité prévue par le projet de loi.

En fait, le projet de loi recèle un paradoxe en ce qu'il présente une mesure sociale de partage collectif de risques mais selon des modalités qui préservent la couverture individuelle. Outre l'objectif d'affecter le moins possible les régimes d'assurance en place, rien ne semble justifier une diversité aussi importante des modalités de couverture dans un projet de loi à visée sociale (couverture individuelle, collective, régime d'avantages sociaux et RAMQ).

On peut lire aux articles 39 et 41 qu'au montant de la prime de risque s'ajoute des frais d'administration relatifs au régime général et que le montant des frais d'administration est établi par chaque assureur. Même s'il est vrai que cette façon de faire laisse libre cours à la compétition et pourrait contribuer à diminuer de tels frais, il nous semble opportun que le législateur, par souci d'équité, fixe par voie de réglementation un maximum qui pourrait être révisés périodiquement. Cette mesure garantirait l'intérêt du citoyen à ce que la compétition s'opère à la baisse.

Finalement, le souci commun du gouvernement et des pharmaciens des établissements est de fournir aux québécois une protection de base pour un accès raisonnable et

équitable aux médicaments et aux soins pharmaceutiques. Il est bien connu que la contribution des usagers freine, au moins temporairement, la consommation des médicaments. Cet effet de frein s'applique autant à la consommation des médicaments requis par l'état de santé de l'utilisateur que sur la consommation non appropriée des médicaments. Des études ont démontré qu'une contribution aussi faible que \$0,50 peut conduire à un tel effet. Compté tenu des précédents commentaires, l'A.P.E.S. recommande donc au ministre une extrême prudence afin de s'assurer que le projet d'assurance médicaments atteigne les buts auxquels nous le destinons.

*L'A.P.E.S. recommande qu'une étude épidémiologique soit amorcée en même temps que l'instauration du programme d'assurance médicaments pour s'assurer que la contribution exigée des citoyens ne deviennent pas un obstacle à l'accessibilité et ait un effet négatif sur les coûts indirects de santé.*

### **Franchise et somme maximale**

Devant l'intention du gouvernement de réduire la contribution publique aux dépenses de santé par le projet de loi n° 33, l'article 14 qui traite de la révision du montant de la franchise et de la somme maximale inquiète notre association. En effet, nous notons que cet article est libellé de façon à permettre plus d'une modification de tarifs durant la période de référence. Nous comprenons donc ici que les montants pourraient varier au cours d'une année ; cela nous semble une souplesse exagérée par rapport aux autres régimes d'assurances privés et publics et un manque de respect pour le citoyen qui s'engage avec un assureur. Toute erreur actuarielle ou tout débordement économique du programme seront totalement à la charge du citoyen payeur. Cette façon nous apparaît nier les responsabilités des gestionnaires du régime, qui auront dès lors la partie facile, soit de transférer, à chaque période de référence choisie, les coûts aux citoyens plutôt que de prévoir adéquatement les dépenses inhérentes au remboursement des médicaments et services pharmaceutiques.

*L'A.P.E.S. recommande qu'à cette fin, le projet de loi devrait fixer la période de référence à au moins une année.*

# Politique globale

La volonté du ministre de la santé et des services sociaux de développer une politique globale du médicament dans le cadre de laquelle s'inscrit le présent projet d'assurance médicaments est une idée fort intéressante. Elle viendra renforcer et supporter les nombreuses initiatives des pharmaciens d'établissements pour améliorer l'utilisation des médicaments au Québec.

## Rôle central des C.L.S.C.

### Niveau de responsabilité du citoyen

Les stratégies d'intervention visant à réduire la sous ou la surconsommation des médicaments et à en contrer les effets indésirables devront trouver une place dans notre réseau. Ainsi, de par sa vocation, le C.L.S.C. est l'établissement tout désigné pour accomplir ces nouveaux mandats. L'éducation populaire et une ligne téléphonique d'information sur les médicaments devraient améliorer le niveau de responsabilité du citoyen face à sa santé. Il s'agit là d'un mécanisme de contrôle durable face à la crainte d'une explosion des coûts reliés aux programmes d'assurance médicaments.

# Conclusion

L'A.P.E.S. est heureuse qu'un programme d'assurance médicaments voit finalement le jour. Cette mesure sociale remplace efficacement et équitablement la «courte-pointe de programmes» face à laquelle nous nous trouvons confrontés quotidiennement et qui laissait pour compte plusieurs citoyens. Le projet de loi, dans son esprit et dans sa forme respecte les attentes que nous avons maintes fois formulées.

Des précisions s'imposent cependant afin que les Québécois ne se retrouvent pas, encore une fois, victime du «vide organisationnel» et de la lourdeur administrative qui caractérise encore trop souvent notre système. Le programme d'assurance médicaments devra fournir aux acteurs du système de santé les moyens qu'il leurs faut pour répondre aux besoins actuels et futurs des Québécois dans le respect de nos moyens financiers.

Les pharmaciens oeuvrant dans les établissements de santé sont enthousiastes à l'idée de contribuer activement à la mise en place de ce projet qui rendra aux médicaments et aux soins pharmaceutiques, la place qui leur revient dans la structure même du système de santé québécois. À cette fin, notre collaboration vous est acquise.